Lane Medical Libra

Beitrag

zur

klinischen Erscheinungsform

der

chronischen Magenaffection nach der Anätzung mit kaustischem Alkali.

Inaugural-Dissertation

der medicinischen Facultät zu Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt

von

M. Wollmann
aus Russland.

Jena, 1882.

Druck von A. Neuenhahn.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153320_0007

Dem Andenken meiner Mutter.

Beitrag zur klinischen Erscheinungsform der chronischen Magenaffection nach der Anätzung mit kaustischem Alkali.

Die Aetzwirkung der kaustischen Kalipräparate auf die thierischen Gewebe ist durch Wasserentziehung, Lösung und Zersetzung der Albuminate und Verseifung der Fette bedingt. Werden sie per os applicirt, so resultirt eine breiige Zerstörung der betroffenen Schleimhäute mit consecutiver Entzündung in der Umgebung. Der Tod tritt ein durch Durchbruch der Magenwand oder durch toxische Magen-Darmentzündung. Bleibt das Leben zunächst erhalten, so kommt es meist zur Entwickelung eigenthümlicher chronischer Folgezustände, die noch wenig gekannt sind und welche das Objekt meiner Mittheilung bilden.

In den verschiedenen Gewerben und technischen Künsten sehr viel verwendet, und desshalb einem Jeden leicht zugänglich, dürften die Alkalien ein nicht geringes Contingent von Vergiftungen stellen. Eine Durchsicht der Literatur lehrt, dass überhaupt Fälle von Aetzalkaliintoxicationen mit Consecutivzuständen zu den seltenen gehören.

Böhm zählt bis zum Jahre 1876 achtzehn solche Fälle auf[1]) und zwar 5 durch Kali-, 2 durch Natronlauge, 7 durch kohlensaures Kali, einen Fall durch Seifenwasser und drei durch Eau de Javelle (unterchlorigsaures Kali). In den nächstfolgenden Jahren sind unseres Wissens nur zwei solche Fälle veröffentlicht: eine Vergiftung durch Kali eausticum[2]) und eine durch Eau de Javelle[3]).

Zu diesen spärlichen Daten füge ich noch zwei weitere Fälle hinzu, die zwar zu einer Zeit, wo das acute Stadium schon längst vorüber war, auf einige Zeit zur Beobachtung kamen, aber Gelegenheit gaben, das klinische Bild ihrer chronischen Consecutivzustände zu verfolgen.

Dieselben stammen aus der Kinderklinik des Herrn Prof. Dr. Fürbringer, der sie mir gütigst zur Publicirung überlassen hatte.

Wir glauben, dass unsere Fälle schon desshalb einiges Interesse bieten, weil sie sehr junge Kinder betreffen; in der Literatur suchte ich vergebens nach ähnlichen Fällen, und wo sie vorkommen, handelt es sich um Erwachsene. Selbst in Gerhard's grossem Handbuche der Kinderkrankheiten ist von klinischem Standpunkte nichts davon erinnert, es wird nur etwas über die pathologische Anatomie solcher Fälle gesagt und nichts weiter[4]).

Der erste Fall betrifft ein Kind von fünf Jahren,

---

1) v. Ziemssen's Handbuch Bd. XV 1876.

2) Archiv der Heilkunde 1876.

3) Schmidt's Jahrbücher Bd. 171, 1876.

4) Krankheiten d. Magens und Darms in Gerhard's Handbuche d. Kinderkrankheiten. IV. Band. 2. Abtheil.

Namens Oswald Schröder. Derselbe hat erst im dritten Jahre gehen gelernt, hat dann im vierten die Masern durchgemacht, sonst aber ist er im Wesentlichen gesund gewesen. Mitte Februar des Jahres 1880 trank das Kind nach Angabe der Mutter aus Versehen eine unbekannte Quantität von Lauge, erkrankte damals an heftigem Erbrechen, das sich indess bald beruhigte. Erst sechs Wochen später traten deutliche Magensymptome in die Erscheinung, vor Allem Rückkehr und Fortdauer des Erbrechens. Dasselbe trat hauptsächlich nach dem Essen auf und zeigte die genossenen Speisen mit Schleim untermischt. Oefters soll dem Erbrechen saures Aufstossen, verbunden mit starkem Schmerz, so dass der Patient sich zusammenkrümmte, vorangegangen sein. Flüssige Speisen werden viel besser vertragen als feste, nach deren Genuss sich immer Erbrechen einstellt. Der Patient wurde ärztlich behandelt und die Erscheinungen schienen in ihrer Heftigkeit nachgelassen zu haben, besonders nahmen die Schmerzen beim Aufstossen ab; nur blieb das Erbrechen bestehen uud eine starke Abmagerung stellte sich ein, so dass der Patient auf Ansuchen seiner Eltern am 22. October 1880 in die hiesige Kinderklinik aufgenommen wurde. Der Status praesens am Tage der Aufnahme ergab Folgendes:

Das Kind ist für sein Alter etwas klein, von sehr grazilem Knochenbau, geringem panniculus adiposus und ebensolcher Muskulatur.

Das Gesicht ist blass, die Haut am Rumpf ist trocken und fühlt sich kühl an; die Temperaturmessung ergab im Rectum 34° C.

Das Sensorium ist frei, der Patient giebt sehr zögernd Antwort, die Pulsfrequenz beträgt 44, die Welle

ist ziemlich niedrig und die Spannung gering, die Respirationsfrequenz 16; Schmerzen bestehen angeblich nicht.

Die Schleimhäute sind bleich, die Zunge ist weissgrau belegt und feucht. Appetit soll vorhanden sein.

Die Pupillen sind mittel-weit und reagiren gut.

Der Schäder ist ziemlich gross; die grosse Fontanelle ist nicht mehr fühlbar; Oedeme bestehen nirgends.

Die Epiphysen der Unterschenkel sind stark verdickt.

Der Thorax ist äusserst mager, nicht rachitisch geformt, der Rosenkranz ist kaum angedeutet.

Der Spitzenstoss ist deutlich fühl- und sichtbar im vierten Intercostalraum, etwas nach aussen von der Mamillarlinie, er ist ziemlich schwach. Die Herztöne sind rein und die Herzdämpfung deutlich ausgesprochen.

Ueber den Lungen vorn ist lauter Percussionsschall und reines Vesiculärathmen; die untere Lungengränze befindet sich in der rechten Mamillarlinie, am unteren Rande der fünften Rippe.

Hinten über den Lungen ebenfalls lauter Schall und reines Vesiculärathmen.

Das Abdomen ist im Niveau des Thorax, ist weich und schmerzlos.

Die Leber und die Milz sind nicht fühlbar; der Schall am Abdomen ist laut, tympanitisch; in der linken regio iliaca ist der Schall etwas dumpfer als rechts.

Die Leberdämpfung ist nicht ausgeprägt, und die Milzdämpfung nicht vergrössert. Im halbmondförmigen Raum ist der Schall laut, mässig tief, tympanitisch.

Eine Abgrenzung des Magenschalls vom Darmschall ist nicht möglich.

Die Lymphdrüsen in den Leistenbeugen sind nicht vergrössert.

Letzter Stuhlgang war heute Nachmittag.

Der Urin ist blassgelb, klar, sauer, zeigt eine dunkele rosige Indicanreaktion.

Ordo: leichte Nahrung (Eier, Milch, Leguminose, Bouillon), Wein und warme Bäder.

Der Status praesens, der noch an verschiedenen anderen Tagen aufgenommen wurde, wiederholt im Wesentlichen das Gesagte, und der weitere Verlauf während seines Aufenthaltes im hiesigen Krankenhause zeigt nichts Besonderes. Immer trat Erbrechen während oder nach dem Essen mehrmals täglich ein. Das Erbrochene betrug etwa ein Drittel der aufgenommenen Nahrung; Stuhlgang erfolgte jeden dritten — vierten Tag, meistens auf Klysma; der Appetit soll bei ihm stets sehr gut sein, so dass der Patient Semmeln und andere Esswaaren, die sich andere Patienten aufbewahren, heimlich wegnahm und sie verzehrte; er musste desshalb isolirt werden. Die Abmagerung ist bis zu seiner Entlassung unverändert geblieben, das Erbrechen erfolgte aber etwas seltener.

Ein leichtes Oedem der Lider, der unteren Partie der Unterschenkel und der Füsse, das schon seit einiger Zeit bemerkt wurde, gab zur häufigen Untersuchung des Urins Anlass, aber stets mit negativem Erfolge.

Nach mehrfachen Versuchen die erwähnte Nahrung in sehr häufigen und kleinen Dosen dem Patienten zu reichen, beschränkte man sich schliesslich auf Leube'sche Fleischsulotion neben etwas löslicher Leguminose und Wein, aber auch diese Nahrung, noch relativ am besten vertragen, war nicht im Stande, das Erbrechen zu verhindern und den Ernährungszustand zu heben.

Die mikroskopische Untersuchung des Erbrochenen

ergab: zahllose Muskelfasern, eine fadenziehende, graugelbe Masse mit Querstreifung, spärliche Epithelien neben hyalinen Schollen und keine Bakterien.

Das seit dem 23. November über Einnahmen und Ausgaben geführte Protokoll zeigte, dass die tägliche Einnahme zwischen 1500—2500 ccm. schwankte; im Durchschnitte betrug sie 2100. Die tägliche Ausgabe durch Urin und Erbrechen schwankte zwischen 1000—2000; durchschnittlich gerechnet betrug sie etwa 1600. Somit werden sich Einnahme und Ausgabe, den Stuhlgang mitgerechnet, etwa wie 3 : 2 verhalten.

Die Temperatur wurde während 50 Tage genau gemessen. Das Minimum betrug 34° und das Maximum 37° C. (Rectum). Im Verlaufe des Tages schwankte sie zwischen 34,5° und 36°, gewiss bei einem Kinde von fünf Jahren eine sehr auffallende Erscheinung.

Wiederholt wurde auf Dilatation des Magens gefahndet, allein es liessen sich keine diagnostischen Anhaltspunkte erzielen. Der Versuch der Aufblähung des Magens durch Kohlensäure misslang, da der kleine Patient schon nach den ersten Löffeln oder Schlucken mit heftigsten Würgbewegungen und Erbrechen reagirte und sich höchst ungeberdig bewies.

Ehe noch der Versuch einer Ernährung mit Peptonen oder eine künstliche Mastdarmernährung gemacht werden konnte, reclamirten die Eltern ihr Kind am 11. December.

Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde auf Atrophia ventriculi gestellt. — Der weitere Verlauf ist unbekannt geblieben.

Im zweiten Falle handelt es sich um ein $5^1/_4$ Jahr altes Arbeiterkind, namens Therese Keiderling.

Acht Wochen vor der Aufnahme trank sie Kalilauge aus Versehen, angeblich kaum 30 Ccm. Die Aetzwunden, die danach an den Lippen und im Munde auftraten, heilten verhältnissmässig schnell. Acht Tage später jedoch stellte sich bei dem Kinde Erbrechen ein, das allmälig mit jeder Nahrungsaufnahme eintrat. Der Appetit war sehr schlecht und es folgte schnell grosse Abmagerung. Einige Zeit später wurde häufig im Erbrochenen grünlich-graugelber aus einzelnen Ballen bestehender Eiter bemerkt. — So viel war in diesem Falle anamnestisch zu ermitteln.

Der Status praesens nach der Aufnahme ergab Folgendes:

Das Kind ist mittelgross und von gutem Knochenbau, atrophischem Panniculus adiposus und ebensolcher Muskulatur.

Oedeme bestehen nicht; die Haut ist blass, ebenso die Conjunctiva, Lippen und Zunge; letztere ist nicht rein.

Die Wangen sind etwas geröthet; die Pulsfrequenz 68; die Welle ist mittelhoch und die Spannung gering. Die Respirationsfrequenz beträgt 20.

Die Haut am Rumpf ist trocken, rauh, nicht erhöht temperirt. Die Patientin klagt über Schmerzen oben im Leibe.

Das Abdomen ist klein, die Bauchdecken sind sehr dünn. Bei der Einathmung bewegen sich in der Nabelgegend einige schwache Reliefs nach abwärts. Druck am Abdomen ist nirgends empfindlich.

Die Percussion ergibt am Nabel fast Schenkelschall, im halbmondförmigen Raum nach der Seite hin ist der Schall etwas weniger gedämpft. Das ganze Abdomen

gibt einen sehr dumpfen und hohen Schell. Die Leber- und Milzdämpfung ist nicht zu percutiren.

Ein Versuch, den Magen mit Kohlensäure aufzublähen, misslang, da die Patientin nur wenig von der Mischung zu sich nahm und behalten konnte. Der Appetit fehlt nach Angabe ganz. Mehrmals des Tages erfolgte Erbrechen, das, wie es scheint, von der Nahrungsaufnahme abhängt. Das Erbrochene enthält ausser den genossenen Speisen noch grünlichen Eiter. Der letzte Stuhl erfolgte bei der Aufnahme auf ein Klysma.

Der Urin ist trübe, gelb und mit sedimentum lateritium versehen, er ist sauer, enthält kein Eiweiss und zeigt eine schöne violette Indikahreaktion.

Der Thorax ist lang, schmal und dehnt sich gut aus. Der Spitzenstoss ist nicht deutlich sicht- und schwach fühlbar, er befindet sich im fünften Intercostalraum an normaler Stelle.

Die Herzdämpfung ist normal entwickelt; die Herztöne sind rein und laut; hier wie am Pulse ist eine deutliche Arythmie wahrzunehmen.

Hinten über den Lungen ist normaler Perkussionsschall; die Auscultation ergab an derselben Stelle ein starkes Schnurren neben Vesiculärathmen; vorn ist das Schnurren spärlicher, Vesiculärathmen und normaler Percussionsschall. Es ist ein mässig starker Husten vorhanden mit mässig starkem, schleimig-eitrigem Auswurf.

Die Behandlung beschränkte sich auf tägliches Baden, leichte Nahrung, bestehend aus Leube'scher Fleischsolution und löslicher Leguminose, die die Patientin abends immer erbrach. In der graugelben mit Eiter untermischten erbrochenen Flüssigkeit fanden sich zahlreiche

Muskelfasern und Eiterkörperchen. Die Reaction war sauer; auf Jodzusatz trat keine Bläuung auf.

Die einigemal wiederholten Versuche, die Grösse des Magens nach dem Genuss von Selterswasser zu bestimmen, misslangen aus dem oben angegebenen Grunde.

Die Diagnose wurde auf Abscessus ventriculi gestellt.

Nachdem wir dies vorausgeschickt haben, gehen wir jetzt zur Epicrise über.

Was zunächst den ersten Fall anbelangt, so fällt uns als Hauptsymptom die Hyperemese in die Augen, die entweder während oder nach dem Essen eintritt; dann kommt die grosse Abmagerung in Betracht. Ferner ist die aus der objectiven Untersuchung die für ein Kind höchst kleine Pulsfrequenz (44 Pulse) und die sehr niedrige Temperatur (34°—36° C. Rectummessung) hervorzuheben. Der Appetit war merkwürdigerweise nicht wesentlich verändert, sogar gut, so dass Patient Semmeln stiehlt und sie heimlich verzehrt. Das Abdomen ist schmerzlos, es bestehen keine abnormen percussorischen Verhältnisse; der Stuhl ist retardirt, erfolgt etwa alle 3—4 Tage auf ein Klysma.

Was ist mit diesen Symptomen anzufangen? An welches Krankheitsbild zunächst denken? Wir wissen freilich, dass hier der Ausgangspunkt des Uebels der Magen ist, auf was uns ja das causale Moment hinweist. Sind aber diese Symptome für die Diagnose Atrophia Ventriculi genügend? Um diese Frage zu beantworten, wollen wir uns zuerst verständigen was man eigentlich unter Magenatrophie zu verstehen hat. Als Atrophia ventriculi versteht man jetzt allgemein nach dem Vorgange englischer Autoren den Schwund der Labdrüsen des Magens beziehentlich seiner Schleimhaut. Nothnagel

stellt drei Reihen von Fällen der Magenatrophie resp. Magencirrhose auf[1]): „eine, in welcher die Drüsen atrophisch sind ohne Verdickung der Magenwand und ohne Verkleinerung seiner Lichtung; eine zweite, in welcher hochgradige Cirrhose und Verkleinerung des Magens ohne nennenswerthen Schwund der Drüsen besteht; eine dritte, wo beide Zustände existiren". „Von vornherein, sagt er weiter, kann man nun sich sagen, dass der erste dieser drei Zustände im Wesentlichen Folgen bedingen muss, welche einer Störung beziehungsweise einem Ausfall der Magenverdauung entsprechen; während der zweite zunächst mechanische, physikalische Symptome veranlassen wird; bei dem dritten werden sich beide Symptomengruppen vereinigen."

Sobald die Labdrüsen zum Theil oder ganz atrophisch sind, muss freilich die Verdauung mehr oder weniger darniederliegen; dadurch lassen sich Symptome, wie Erbrechen, unregelmässiger Stuhlgang, Appetitlosigkeit, hochgradige Anämie und m. andere sehr leicht erklären. Alle diese Symptome, ausser Appetitlosigkeit, sind auch in unserem Falle vorhanden. Nun frägt sich aber, wie soll man bei unserem Kranken den sehr guten Appetit erklären? Vielleicht liegt hier die Möglichkeit vor, dass das, was der kleine Patient als Appetit bezeichnet, gar kein eigentlicher Appetit war, sondern nur ein Gelüst nach Abwechselung, nach verbotenen Speisen, die ihm entzogen waren, eine Erscheinung, die auch bei Erwachsenen mit dyspeptischen Zuständen und Verdauungs-

---

1) Cirrhotische Verkleinerung des Magens und Schwund der Labdrüsen unter dem klinischen Bilde der perniciösen Anämie. D. Archiv f. klin. Med. Bd. 24, p. 360.

störungen nicht selten zu Tage tritt. Oder vielleicht dadurch etwa, dass ein guter Theil der Labdrüsen noch funktionsfähig geblieben ist; und dann würde dieser Fall zur zweiten der von Nothnagel aufgestellten Reihe gehören, „wo eine hochgradige Cirrhose und Verkleinerung des Magens ohne nennenswerthen Schwund der Labdrüsen besteht". Aber auch in dieser zweiten Gruppe wird als Symptom die Anorexie hervorgehoben; ausserdem war hier eine cirrhotische Verkleinerung des Magens zu diagnosticiren ganz unmöglich, da eine Exploration desselben mit der Sonde, worauf Leube bei der sogenannten Angustatio ventriculi mit Recht so grossen Werth legt, in diesem Falle nicht unternommen wurde, aus dem einfachen Grunde, weil sie würde bei einem fünfjährigen Kinde nicht gelungen sein, wie die viel einfachere Operation, die Aufblähung des Magens mit Kohlensäure nicht gelungen ist. Die von einigen der Atrophia ventriculi zugeschriebenen Symptome, wie Druck und Schmerz in der Magengegend bestanden bei unserem Kranken auch nicht. Wie dem auch sei, die auf Atrophia ventriculi gestellte Diagnose ist mit einiger Wahrscheinlichkeit gerechtfertigt, umsomehr als nach allen Autoren die Symptome bei Atrophia resp. Cirrhosis ventriculi ungemein variiren können, und die Diagnose nur „auf dem Wege der Ausschliessung geschehen muss". Für unsere Diagnose sprechen auch manche pathologisch-anatomische Beobachtungen, die nach Anätzung des Magens mit caustischen Alkalien gemacht worden. So sagt Böhm: „nach chronisch verlaufenen Fällen werden ausser den narbigen Stricturen die Zeichen der Inanition

(Abmagerung, Anämie, Atrophie der Magenwände, der Darmmuscularis etc.) beobachtet"[1]).

Nothnagel endet seinen Aufsatz[2]) mit den Worten: „Wir kommen also zu dem Ergebniss: 1. die Atrophie der Labdrüsen, 2. die cirrhotische Verkleinerung des Magens, 3. die Vereinigung dieser beiden pathologischen Veränderungen sind Zustände, deren Vorhandensein unter bestimmten Verhältnissen vermuthet werden kann und in den Bereich der Diagnose gezogen werden muss, deren sichere Erkenntniss jedoch beim gegenwärtigen Zustande der diagnostischen Hilfsmittel nicht oder nur ganz ausnahmsweise möglich ist".

Der Verlauf und die Dauer dieser Krankheit ist verschieden und meist langwierig. In Folge „der Compression der Magengefässe stellt sich manchmal leichter Ascites ein und die Kranken sterben nach einer kürzeren oder längeren Krankheitsdauer (bis zu 15 Jahren) unter dem Bilde des höchsten Marasmus"[3]). Jedoch sollen Heilungen nicht zu den Unmöglichkeiten gehören. Im interessanten Falle von Nothnagel dauerte die Krankheit über 9 Jahre.

Aus dem pathologisch-anatomischen Befunde ist hervorzuheben, dass der Magen zuweilen hochgradig verkleinert gefunden wird. In Nothnagel's Fall[4]) beträgt seine Länge 12 Centimeter, der senkrechte Durchmesser von der kleinen zur grossen Curvatur in maximo 6 Centimeter. Das Lumen hat einen derartigen Durchmesser, dass es etwa eine grosse Birne aufnehmen könnte.

1) v. Ziemssen's Handbuch XV. Bd.
2) l. c. Cirrhotische Verkleinerung des Magens etc.
3) Lesser, Cirrhosis ventriculi. Inaug. Dissert. Berlin 1876.
4) l. c.

Dabei sind die Wandungen enorm verdickt, steif und starr, knistern fast unter dem Messer etc.“ Leube führt Fälle an [1]) wo „die Verkleinerung des Magenlumens so beträchtlich sein kann, dass dasselbe kaum noch ein Hühnerei fasst und enger erscheint als das Duodenum“ [2]).

Bemerkenswerth sind noch in unserem Falle die niedrigen Temperaturen, deren Messung dreimal täglich im Rectum ausgeführt und funfzig Tage lang fortgesetzt wurde; es kann hier also kein Irrthum vorgekommen sein. Sie schwankten immer zwischen 34° und 35° C., selten betrugen sie 36° oder 37°, also Temperaturen, die von Liebermeister als die unterste Grenze bezeichnet werden [3]). Ob hier neben der geringen Aufnahme und der mangelhaften Assimilation der Nahrung vielleicht noch andere pathologische Processe diese niedrigen Temperaturen bedingen, wage ich nicht zu beurtheilen; damit im Zusammenhang steht die geringe Pulsfrequenz (44 Pulse).

Das Oedem der unteren Theile der Unterschenkel und der Füsse, das in der letzten Zeit bei unserem Kranken aufgetreten ist, muss bei mangelnder Albuminurie, unseres Erachtens, als ein kachektisches aufgefasst werden.

In dem zweiten Fall sind einige Symptome denen des ersten ganz gleich, andere dagegen differiren wesentlich. Auch hier stellte sich nach der Laugenaufnahme bei der

---

1) v. Ziemssen's Handbuch VII. Bd. 2. Abth. p. 222.

2) Die übrigen pathologisch-anatomischen Eigenthümlichkeiten der Cirrhosis ventriculi sind in der oben erwähnten Dissertation von Lesser systematisch zusammengenstellt worden.

3) Handbuch der Pathologie und Therapie des Fiebers. 1875. p. 68.

Patientin schnell Erbrechen, das mehrmals täglich erfolgt und Abmagerung ein; dagegen fehlt hier der Appetit ganz; im Erbrochenen findet man grünlich-graugelben Eiter, es wird über Schmerzen im Epigastrium geklagt, der Stuhlgang ist unregelmässig, alles Erscheinungen, die auf eine heftige Affection des Magens hindeuten. Der nächste Gedanke war hier an einen Magenabscess. Und in der That sprechen alle Symptome dafür. Zunächst das mit Eiterballen untermischte Erbrochene, dann der Schmerz im Epigastrium. Leube führt zwei Fälle an (von Lieutaud und Sand), wo eine palpable Geschwulst im Epigastrium wahrzunehmen war, welche in einem dieser Fälle die Grösse einer Faust erreicht hatte und auf Druck nicht besonders empfindlich war[1]). In dem interessanten Fall von Callow erbrach ein Kranker in Gegenwart des Arztes 20 Unzen reinen Eiters, auch mit dem Stuhl ging Eiter ab. In demselben Fall fand sich bei der Obduction mehr als 7 Pfund Eiter im Unterleib, herrührend von einem enormen Magenabscesse, der sich bis zur tödtlichen Katastrophe (Perforation) schmerz- und symptomlos entwickelt hatte[2]). Der Verlauf war in diesen Fällen ein chronischer. Die acut verlaufenden Magenabscesse bieten nach Leube ein Krankheitsbild dar, das mit Prodromalsymptomen beginnt, und dann erst kommt der Symptomencomplex der eigentlichen Krankheit zum Vorschein; vor allem Schmerz im Epigastrium und Erbrechen. „Der Schmerz war trotz fehlender Peritonitis, besonders stark indessen doch nur im Epigastrium und steigert sich durch einen in diese Gegend

1) v. Ziemssen's Handbuch. VII. Bd. 2. Abth. p. 42.

2) ibid. Leider wurde in unserem Fall der Stuhl auf Eiter nicht untersucht.

ausgeübten Druck. Daneben bestanden Appetitverlust und Diarrhoe, in einem Falle letztere erst gegen Ende des Lebens. Heftiger Durst und trockene Zungen wiesen auf ein concomitirendes Fieber hin, das auch besonders in einem Falle notirt ist. Endlich stellen sich Kleinheit und Unregelmässigkeit des Pulses und Delirien ein, und gingen die Kranken schliesslich in Coma und unter allgemeiner Prostration zu Grunde. Die Dauer der Krankheit vom ersten Beginn bis zum letalen Ausgang betrug in einem Falle 8 Tage, in den beiden anderen ca $2^1/_2$ Wochen“ [1]).

Unser Fall gehört freilich zu den chronisch verlaufenden Magenabscessen. Von irgend welchen palpablen Tumoren kann hier kaum die Rede sein, und selbst starker Druck auf das Abdomen war nirgends empfindlich. Allein die Diagnose Abscessus ventriculi scheint uns insofern gerechtfertigt zu sein, als wenigstens eines der Hauptsymptome — der Eiter im Erbrochenen — da war; zu diesem kommen noch die Nebensymptome: das häufige Erbrechen, Schmerz im Epigastrium, unregelmässiger Stuhlgang der Diagnose zu Hilfe. Dass die letztgenannten Symptome für sich allein für die Diagnose noch nicht ausreichen ist selbstverständlich, „um so mehr, sagt Leube, als gerade in jenem eclatanten bestbeobachteten Beispiel von chronischem Magenabscess, dessen eitriger Inhalt erbrochen wurde, ziemlich jedes Krankheitssymptom bis zur Perforation des Abscesseiters in die Magenhöhle ($1^1/_2$ Tage vor dem Tode des Kranken) fehlte“ [2]).

Wir kommen also zu dem Schlusse, dass Intoxica-

1) ibid.
2) v. Ziemssen's Handbuch. VII. Bd. 2. 2. Abth.

tionen durch Aetzalkalien ausser Oesophagusaffectionen (Stricturen, Ulceration mit Perforation etc.), die wir hier unberücksichtigt gelassen, auch chronische Consecutivzustände des Magens, wie Magenatrophie und Magenabcess herbeiführen können.

Nachtrag. Die vorliegende Arbeit war schon druckfertig, als ich die Nachricht erhielt, dass unser Patient Oswald Schroeder 5 oder 6 Tage nach seiner Entlassung aus dem Krankenhause seiner Krankheit erlag. Merkwürdig ist, dass er sich diese kurze Zeit verhältnissmässig wohl befand, hatte guten Appetit und das Erbrechen cessirte ganz. Möglicherweise war der Tod in diesem Falle die Folge eines groben Diätfehlers. Die Nekropsie scheint leider nicht stattgefunden zu haben. Dagegen ist unsere kleine Patientin Therese Keiderling ganz wohl; alle Erscheinungen traten bei ihr zurück, so dass sie von ihrem Leiden, wie es scheint, sich ganz erholt hat.